

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

270
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

POTIQUET Henri Albert

Né le 15 Août 1895, à Paris

SUR LES RÉSULTATS

DE LA

DACRYOCYSTORHINOSTOMIE PLASTIQUE

(Opération de Dupuy-Dutemps et Bourguet)

Président : M. TERRIEN F.

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Paris

PARIS

GASTON DOIN ET C^{ie}, ÉDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, (6^e)

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

POTIQUET Henri Albert

Né le 15 Août 1895, à Paris

SUR LES RÉSULTATS

DE LA

DACRYOCYSTORHINOSTOMIE PLASTIQUE

(Opération de Dupuy-Dutemps et Bourguet)

Président : M. TERRIEN F.

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Paris

PARIS

GASTON DOIN ET C^{ie}, ÉDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, (6^e)

1929

I. — PROFESSEURS

Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	N.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Thérapeutique.....	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	FÉRÉBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Professeur sans chaire.....	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE..	Neurologie et Psychiatrie
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT.....	Pathologie médicale.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GATELLIER....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.

MM.

HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBÉ (Henri) .	Chimie biologique.
LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX.....	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fernand) ...	Pharmacologie.
METZGER.....	Obstétrique.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PHILIBETT....	Bactériologie.
QUÉNU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils....	Physiologie.
SÉZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
RETTERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE ...	Clinique médicale.	SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.
LE LORIER....	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE
le Docteur POTIQUET

ET DE MA MERE

DE MES FRÈRES

LOUIS
Mort au Champ d'Honneur
ET CHARLES

A MES SŒURS

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

Professeur de clinique ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR V. MORAX

Ophtalmologiste de l'Hôpital Lariboisière

*Dans le service duquel ce
travail, auquel il a bien voulu
s'intéresser, a été fait, et dont les
précieux conseils nous ont tou-
jours été fort utiles, avec notre
respectueuse reconnaissance.*

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR POULARD
Ophtalmologiste de l'Hôpital Lariboisière

Avec notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ED. HARTMANN
Ophtalmologiste des Hôpitaux

Avec ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUPUY-DUTEMPS

Ophthalmologiste des Hôpitaux
Médecin-chef de la Fondation Ophthalmologique A. de Rothschild

ET A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGUET

Ancien chef de clinique ophtalmologique

En hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR KALT

ET A MONSIEUR LE DOCTEUR VALUDE

Médecins de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts

A MM. LES DOCTEURS S. SCHIFF-WERTHEIMER

Chef de clinique des Quinze-Vingts

ET LAVAT

Ancien chef de clinique des Quinze-Vingts

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT.

MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX.

MONSIEUR LE DOCTEUR HALPHEN.

MONSIEUR LE DOCTEUR FAROY.

MONSIEUR LE DOCTEUR GARNIER.

SUR LES RÉSULTATS DE LA DACRYOCYSTORHINOSTOMIE PLASTIQUE

Procédé de MM. Dupuy-Dutemps et Bourguet

INTRODUCTION

La Dacryocystorhinostomie plastique, selon le procédé de MM. Dupuy-Dutemps et Bourguet, venant après plusieurs autres procédés de dacryocystorhinostomie, a donné de très bons résultats entre les mains de ses auteurs, résultats que ceux-ci ont publié dans diverses revues et communications aux sociétés d'ophtalmologie. Quelques bons résultats ont été également publiés par quelques autres opérateurs, mais portant sur un petit nombre d'opérations (1).

Notre maître, M. Morax, a pratiqué à l'hôpital Lariboisière depuis l'époque de la publication du procédé plus de 200 opérations de dacryocystorhinostomie plastique. Ce sont les résultats de ces opérations, ayant forcément un peu la sécheresse d'une statistique, que nous exposons dans ce travail, résultats portant sur un assez grand nombre d'opérations, datant la plupart de plusieurs années et qui permettent à ce titre de juger avec un recul suffisant de la valeur du procédé.

Nous avons en outre reproduit plusieurs observations typiques montrant les diverses variétés d'obstructions lacrymales jus-

(1) Voir Bibliographie.

ticiables du procédé, et nous avons essayé de dégager des observations, les principales causes d'échec.

Les résultats ainsi exposés se rapprochent beaucoup de ceux publiés par M. Dupuy-Dutemps lui-même et démontrent la valeur de ce procédé de Dacryocystorhinostomie.

CHAPITRE I

RÉSULTATS D'ENSEMBLE

La technique employée par notre Maître, M. Morax, a été sensiblement la même que celle que MM. Dupuy-Dutemps et Bourguet ont fait connaître dans leurs communications aux Sociétés d'ophtalmologie et dans diverses revues d'ophtalmologie, la particularité du procédé étant conservée, c'est-à-dire la suture des muqueuses du sac lacrymal et pituitaire. La brèche osseuse fut faite relativement grande permettant ainsi la suture commode et rapide des muqueuses ainsi que leur bon affrontement. L'opération a été ainsi exécutée dans un temps variant de 25 à 45 minutes en moyenne, et de ce fait, est plus facilement acceptable par les malades. Les sutures muqueuses peuvent de cette façon être faites avec de petites aiguilles courbes et avec le porte-aiguille. Les autres temps de l'opération ont été les mêmes ; incision cutanée curviligne selon la crête de la branche montante du maxillaire supérieur, mise à nu du tendon direct de l'orbiculaire que l'on sectionne, décollement de la face interne du sac. Abrasion au ciseau de la crête lacrymale antérieure, résection de la paroi de la gouttière lacrymale, brèche complétée largement à la pince de Citelli, incisions au lieu d'élection de la muqueuse nasale et de celle du sac lacrymal. Sutures muqueuses postérieures et antérieures au catgut. Sutures cutanées à la soie.

Nous n'insisterons pas sur l'indication de l'opération : c'est toute obstruction des voies lacrymales siégeant en aval du sac lacrymal, qu'il y ait existence ou non de dacryocystite suppurée : larmolements simples, dacryocystite chronique, atrésie des voies lacrymales d'origine osseuse, traumatique ou infectieuse, par lésions de la muqueuse d'origine lupique, etc., lorsque les divers traitements par sondes, stricturotomie, etc., n'ont pas donné de résultat.

L'existence d'un sac lacrymal de volume suffisant étant nécessaire à la bonne exécution de l'opération, on s'assurera qu'il n'y a pas d'atrésie trop accentuée de celui-ci. Un examen radiographique après injection de lipiodol dans les voies lacrymales a été plusieurs fois pratiqué dans le service et a donné d'utiles renseignements (1).

Nous avons pu recueillir à l'hôpital Lariboisière dans le service d'ophtalmologie 234 opérations de dacryocystorhinostomie plastique, effectuées la plupart par M. Morax, quelques unes par ses assistants, ces 234 opérations ayant été faites sur 219 malades, 15 ayant été opérés aux deux yeux.

De ces 219 opérés, nous avons pu en retrouver 167, dont onze opérés aux deux yeux, ce qui fait un total de 178 opérations.

Chaque fois que cela a été possible nous avons examiné la perméabilité des voies lacrymales par instillation d'argyrol dans le cul-de-sac conjonctival. Pour les malades éloignés, nous avons dû nous contenter des résultats fonctionnels qu'ils nous ont fourni, ceux-ci coïncidant généralement avec le résultat objectif.

Globalement, les résultats obtenus sont les suivants :

Perméabilité parfaite sans larmoie-	
ment.	164 soit 92,15 %
Perméabilité faible avec pers-	
sistance de larmoie-	
ment intermittent	11 soit 6,17 %
Perméabilité nulle.....	3 soit 1,68 %

(1) BOLLACK J. — Sur l'exploration radiographique des voies lacrymales par l'huile iodée. *Annales d'Oculistique*, mai 1924.

La statistique des opérations datant de plus de 4 ans s'établit ainsi :

Perméabilité parfaite.....	70 soit 95,9 %
Perméabilité faible.....	3 soit 4,1 %
Pas d'échec	

et la statistique des opérations datant de plus d'un an et de moins de quatre ans, est la suivante :

Perméabilité parfaite.....	79 soit 87,7 %
Perméabilité faible.....	8 soit 8,8 %
Échecs	3 soit 3,3 %

Ces statistiques montrent que les résultats de l'opération se maintiennent depuis plusieurs années d'une façon durable.

Les malades guéris expriment tous leur satisfaction du résultat fonctionnel et esthétique de l'opération, appréciant beaucoup la disparition d'une infirmité à la vérité fort gênante.

Ceux opérés avec persistance de larmoiement intermittent éprouvent une amélioration notable de leur infirmité et larmoient encore par temps froid, au vent, mais de façon bien moindre qu'auparavant.

En aucun cas, il n'y a eu récurrence de dacryocystite suppurée.

La cicatrice cutanée a entraîné parfois un épicanthus peu marqué, à peine appréciable que les malades eux-mêmes jugent insignifiant.

Il serait partial de passer sous silence les petits désagréments signalés par les malades. Certains se plaignent d'avoir ressenti après l'opération des douleurs irradiées de la région opératoire vers le front et le nez, douleurs ayant cessé généralement quelques semaines après l'opération et d'ailleurs toujours de peu d'intensité.

Un faible désagrément à signaler est la sensation de reflux d'air vers l'œil par les voies lacrymales, lorsque les malades se mouchent, désagrément en réalité peu gênant.

Les résultats précédents montrent que la Dacryocystorhinostomie est suivie d'un faible pourcentage d'échecs, que l'opération en elle-même ne doit pas effrayer les malades, une anes-

thésie correcte devant la rendre complètement indolore, et qu'en pratiquant une brèche osseuse assez grande, la durée de l'opération est réduite dans des mesures qui la rendent réellement acceptable.

La statistique que nous avons rapporté plus haut se rapporte à une série d'opérations faites parfois dans de mauvaises conditions de réussite, surtout au début, certains malades présentant des lésions nasales ou du sac lacrymal, que l'expérience a montré parfois génératrices d'échec. Les résultats pourraient donc être, semble-t-il, encore améliorés, en faisant précéder l'opération d'un examen rhinologique et du sac lacrymal.

Nous examinerons ces causes d'échecs au chapitre III.

CHAPITRE II

QUELQUES OBSERVATIONS TYPIQUES

La plupart des atrésies des voies lacrymales siégeant en aval du sac sont justiciables de la Dacryocystorhinostomie selon la technique de MM. Dupuy-Dutemps et Bourguet, quelle que soit la diversité de leur origine.

Pour illustrer ceci, nous avons choisi quelques observations typiques que nous reproduisons plus bas.

Nous commencerons par quelques observations de dacryocystorhinostomie remontant à plusieurs années et qui montrent le maintien du bon résultat fonctionnel depuis cette époque.

La première opérée de nos observations remonte à 1921, à plus de huit ans et conserve une parfaite perméabilité des voies lacrymales.

OBSERVATION 153. — L... Marie, 50 ans.

8 septembre 1921. Depuis 3 mois, larmolement à gauche. Progressivement, apparition d'une tuméfaction à la partie inférieure de l'angle interne de l'œil gauche.

Actuellement, *mucocèle lacrymale gauche*, de la dimension d'une noisette, rémittente. Urines : Alb. = 0 ; sucre = présence.

29 septembre. 1921 *Dacryocystorhinostomie* (technique Dupuy-Dutemps et Bourguet). Isolement du sac lacrymal, ouverture du sac,

suppuration abondante. Brèche osseuse dans la paroi nasale. Suture des deux muqueuses du sac et nasale. Sutures cutanées.

30 septembre 1921. Suintement de sérosité sanguine par la narine gauche, pas de douleurs.

30 octobre 1921. Ablation des fils. Bonne réunion de la plaie opératoire. Pas de douleurs.

7 octobre 1921. Plus de larmolement de l'œil gauche. Une injection poussée par le point lacrymal inférieur gauche passe dans le nez et la gorge. Exeat le 8 octobre 1921.

21 octobre 1921. Plus de suppuration, pas de sécrétion, Aucune gêne nasale, l'injection poussée par le point lacrymal inférieur reflue un peu par le point lacrymal supérieur et passe dans le nez.

8 mars 1922. Ne pleure plus.

21 janvier 1929. Perméabilité parfaite. Plus de larmolement. Cicatrice invisible. Aucune gêne éprouvée par la malade.

L'observation suivante est caractéristique : larmolement datant de 50 ans guéri en quelques jours.

OBSERVATION 76. — C... Achille, 56 ans.

27 mai 1925. *Dacryocystite suppurée* O. D. larmolement depuis 50 ans, suppuration depuis huit jours.

9 juin 1925. *Dacryocystorhinostomie* O. D. (Technique Dupuy-Dutemps et Bourguet). Opération régulière. Deux sutures sur les lèvres postérieures et sur les lèvres antérieures, le sac présente des parois fibreuses et résistantes. Durée : 28 minutes.

18 janvier 1929. Perméabilité complète. Plus de larmolement.

Autre observation où un larmolement simple soigné 2 ans par sondes sans résultat est guéri par la *Dacryocystorhinostomie*.

OBSERVATION 166. — M. Marie, 49 ans.

Larmolement O. G. depuis longtemps, soignée deux ans par des sondes sans résultat.

28 novembre 1922. *Dacryocystorhinostomie* (technique Dupuy-Dutemps et Bourguet).

13 février 1929. Perméabilité parfaite. Aucune cicatrice.

L'observation suivante montre un excellent résultat fonctionnel *bilatéral* plus de 7 ans après les opérations.

OBSERVATION 175. — O... Eugénie, 46 ans.

5 septembre 1921. — Début du côté droit il y a 13 ans après un érysipèle, par une petite tumeur molle, se vidant à la pression par le conduit nasal. Larmolement lorsque la tumeur existe. Début à gauche il y a 5 ans. Aucun antécédent pathologique. Traitement par sondes pendant un mois sans résultat.

13 octobre 1921. *Dacryocystorhinostomie* O. G. Technique Dupuy-Dutemps et Bourguet.

19 octobre 1921. Ablation des fils. Bon état de la suture cutanée.

20 octobre 1921. *Dacryocystorhinostomie* O. D. (Technique Dupuy-Dutemps et Bourguet.)

24 octobre 1921. Ablation des fils.

26 octobre 1921. Exeat. Une injection poussée dans les canalicules inférieurs passe largement sans reflux des deux côtés.

12 décembre 1921. Voies lacrymales O. D. G. très perméables.

27 février 1929. Perméabilité persiste des deux côtés. Plus de larmolement. Pas de cicatrice visible.

L'observation suivante est celle d'un larmolement datant de l'enfance et bilatéral chez une malade présentant des lésions oculaires hérédospécifiques : kératite interstitielle, chorio-rétinite, ainsi que d'autres stigmates d'hérédospécificité ; on pouvait à juste titre présumer de l'origine spécifique du larmolement, par ostéite du canal lacrymo-nasal. Le traitement antispécifique ne donna aucun résultat, pas plus que le traitement par sondes. La *Dacryocystorhinostomie* pratiquée de chaque côté amena une guérison complète du larmolement qui persiste à l'heure actuelle.

OBSERVATION 204. — T... Marie, 24 ans.

3 décembre 1923. *Larmolement bilatéral*, très gênant, surtout marqué à l'air extérieur, remontant à l'enfance, sans qu'il y ait jamais eu suppuration.

A été traitée par sondes depuis septembre 1923 et a reçu depuis cette époque un traitement antispécifique par le novarsenobenzol. Les voies lacrymales sont imperméables des deux côtés. Reflux par le point lacrymal supérieur. La sonde n° 2 ne passe pas. Kératite interstitielle de l'œil gauche. Chorioretinite hérédospécifique. Malformations dentaires.

11 décembre 1923. *Dacryocystorhinotomie* O. G. (Technique Dupuy-Dutemps et Bourguet).

20 décembre 1923. *Dacryocystorhinostomie* O. D. (Technique Dupuy-Dutemps et Bourguet.) Sac transformé en une bride fibreuse. Durée : 45 minutes.

28 décembre 1923. Voies lacrymales très perméables.

16 février 1929. Bonne perméabilité bilatérale. Plus de larmolement. Aucune cicatrice.

L'observation suivante, quoique la perméabilité obtenue n'ait pas été parfaite, prouve que la *Dacryocystorhinostomie* pourra précéder l'opération de la cataracte en cas de larmolement par obstruction des voies lacrymales.

OBSERVATION 186. — R... Joséphine, 62 ans.

4 octobre 1926. *Cataracte bilatérale*. O. D. V. = compte les doigts à un mètre. O. G. = compte les doigts à 25 centimètres. *Larmolement avec refoulement muqueux* à la pression du sac. Bonne projection lumineuse. Faire *dacryocystorhinostomie* et ultérieurement *extraction combinée*.

12 octobre 1926. *Dacryocystorhinostomie* O. G.

Trépanation avec la pince de Citelli complétée par le marteau. Décollement facile du sac lacrymal. Trois sutures sur les lèvres postérieures, deux sutures sur les lèvres antérieures. Introduction d'une sonde molle n° 14. Durée : 35 minutes.

16 octobre 1926. Ablation des fils et de la sonde.

18 octobre 1926. Exeât.

21 février 1927. L'injection passe à gauche.

24 février 1927. *Extraction combinée* O. G.

25 février 1927. Chambre antérieure rétablie. Aucune réaction.

1^{er} mars 1927. Bonne coaptation. Va bien.

7 mai 1927. O. G. : (0+2)+10 V. = 6/10.

21 janvier 1929. Perméabilité faible. Larmolement intermittent, mais très atténué.

La gravité des lésions ulcéreuses cornéennes avec coexistence d'imperméabilité des voies lacrymales est de règle. Dans l'observation suivante, la *dacryocystorhinostomie* a permis le rétablissement de la perméabilité des voies lacrymales et la guérison d'une kératite traumatique.

OBSERVATION 122. — G... Michel, 43 ans.

5 décembre 1924. Œil droit : corps étranger cornéen. Ablation.

Refoulement purulent par pression sur le sac lacrymal, déjà soigné par sondes pendant la guerre.

L'injection ne passe ni par le point lacrymal inférieur, ni par le point lacrymal supérieur. Sonde ne passe pas.

9 décembre 1924. *Dacryocystorhinostomie O. D.* (Technique Dupuy-Dutemps et Bourguet). Sac de petite dimension. On introduit une sonde molle par le point lacrymal supérieur après avoir mis la première suture postérieure. Durée de l'opération : 18 minutes.

11 décembre 1924. Lavage au ballon matin et soir et sulfate de zinc. Ablation des fils. Bonne coaptation de l'incision cutanée. Erosion cornéenne identique.

15 décembre 1924. L'ulcération est épithélialisée et ne prend plus la fluorescéine. Suppression de la sonde. L'injection passe largement.

26 décembre 1924. L'injection passe. V. O. D. = 5/35. V. O. G. = 1.

12 janvier 1925. Voies lacrymales O. D. perméables. V. O. D. = 1/2.

20 janvier 1929. Perméabilité parfaite. Plus de larmolement. Cicatrice invisible.

Les deux observations suivantes démontrent qu'en cas de sténose osseuse des voies lacrymales par fracture du maxillaire supérieur, bilatérale pour la première observation, la *dacryocystorhinostomie* a rétabli la perméabilité des voies lacrymales en peu de temps, de façon durable.

OBSERVATION 146. — L... Louise, 50 ans.

1^{er} mai 1926. Obstruction des voies lacrymales suite de fracture des deux maxillaires supérieurs il y a 2 ans.

Injections ne passent pas. *Dacryocystite O. D.*

8 juin 1926. *Dacryocystorhinostomie plastique. O. D.* (Technique Dupuy-Dutemps et Bourguet.) Section du tendon. Sac très volumineux et contenant une grande quantité de pus. On effondre facilement l'unguis, mais en raison de l'épaisseur de la branche montante du maxillaire supérieure, on emploie le ciseau. Trois sutures postérieures et trois sutures antérieures.

16 juin 1926. Injection passe largement.

29 novembre 1926. La malade est satisfaite, l'injection passe facilement. O. G. : reflux total par le point lacrymal supérieur pas de suppuration du sac.

2 décembre 1926. *Dacryocystorhinostomie. plastique. O. G.* Sac lacrymal dilaté. Large trépanation avec la pince de Citelli. Trois sutures antérieures et trois sutures postérieures. Durée : 33 minutes.

8 décembre 1926. Ablation des fils. Coaptation parfaite. Excellent état.

15 décembre 1926. O. D. G. ne pleure plus. Injection passe largement.

13 janvier 1929. O. D. G. perméabilité parfaite. Plus de larmolement, pas de cicatrices apparentes.

OBSERVATION 73. — C... Robert, 24 ans.

29 avril 1924. O. D : *dacryocystite* avec refoulement purulent depuis 1920, après traumatisme sur la région lacrymale. En 1921, traité par sondes sans résultat.

Radiographie après injection de lipiodol. Sac dilaté.

1^{er} mai 1924. *Dacryocystorhinostomie* (Technique Dupuy-Dutemps et Bourguet.) Gros sac lacrymal. Trépanation osseuse large et facile. Muqueuse nasale mince. Sutures des muqueuses.

Sutures intradermiques.

4 mai 1924. Aucune réaction.

6 mai 1924. Ablation des fils. La fluorescéine passe.

21 mai 1924. Très bon résultat. Injection passe largement. Plus de larmolement.

23 janvier 1929. Le malade se déclare très satisfait. Perméabilité parfaite. Plus de larmolement. Pas de cicatrice apparente.

La *Dacryocystorhinostomie* est également suivie de succès dans les cas de sténose des voies lacrymales par lésions lupiques ou ozéneuses du canal lacrymo-nasal, secondaires à des lésions nasales.

Les deux observations suivantes en sont l'illustration.

Cependant, nous verrons au chapitre suivant que ces lésions des muqueuses sont parfois des causes d'échec, par la friabilité et la dégénérescence dont elles sont atteintes qui permettent mal la suture et l'affrontement.

OBSERVATION III. — F... Gilberte, 38 ans.

9 juillet 1923. *Larmolement* de l'œil gauche depuis 3 ans. La suppuration est apparue deux ans après le début.

L'injection donne lieu à un reflux purulent par le point lacrymal supérieur. Sac assez dilaté. Pas de passage dans la fosse nasale correspondante.

Pas de ganglion préauriculaire ou sous-maxillaire. Conjonctive non modifiée.

En avril 1923, a constaté à l'extrémité du nez un « petit bouton »

A consulté à Saint-Louis où l'on diagnostique un *lupus* du lobule du nez et du cornet inférieur gauche. Traitée par galvanopuncture du lobule du nez et de la muqueuse.

10 juillet 1923. *Dacryocystorhinostomie plastique* O. G. (Technique Dupuy-Dutemps et Bourguet.)

Large ouverture de la paroi interne du sac lacrymal. Applications de deux sutures sur les lèvres postérieures et antérieures.

12 juillet. Excellent état. Ablation des fils.

16 juillet 1923. L'injection passe largement.

23 janvier 1929. Perméabilité parfaite. Plus de larmolement. Pas de cicatrice apparente.

OBSERVATION 105. — F... Clémence, 48 ans.

28 mai 1924. *Larmolement* O. G. depuis 6 ans. Reflux total par le point lacrymal supérieur. Lésions osseuses empêchant la stricturotomie.

Examen rhinologique : *ozène*.

3 juin 1924. *Dacryocystorhinostomie plastique* O. G.

Opération typique. Ouverture facile de la paroi interne. Muqueuse pâle, peu saignante, plutôt mince. Sac de moyenne dimension. Deux points de suture sur les lèvres postérieures et antérieures.

6 juin 1924. Ablation des fils. Bon état.

11 juin 1924. Injection passe très facilement.

14 janvier 1929. Pas de larmolement. Cicatrice non apparente.

L'âge de l'opéré est indifférent à la réussite de l'opération que l'on peut pratiquer avec succès sur des enfants ainsi qu'en témoigne l'observation suivante.

OBSERVATION 82. — C... Denise, 9 ans.

28 mai 1925. *Larmolement* O. G. depuis plusieurs mois.

28 mai 1925. *Dacryocystorhinostomie plastique* O. G. Opération régulière sans incidents.

2 février 1929. Bonne perméabilité. Plus de larmolement.

Ces quelques observations que nous venons de reproduire montrent que, quelle que soit leur origine, les atrésies des voies lacrymales situées en aval du sac lacrymal ont été justiciables de la *Dacryocystorhinostomie*. Cette opération permet d'éviter ainsi l'opération mutilante qu'est l'ablation du sac lacrymal, principalement chez les sujets jeunes, qui, en cas de *dacryocys-*

tite chronique, tarit l'infection des voies lacrymales et de la conjonctive, mais laisse persister le larmolement.

Nous avons même vu que dans ce qu'il est convenu d'appeler les cas d'urgence, ulcère de la cornée, opérations sur le globe oculaire, la dacryocystorhinostomie peut remplacer l'ablation du sac, à ce point que cette opération n'a été pratiquée qu'exceptionnellement dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière durant la période où nous avons relevé nos différentes opérations de Dacryocystorhinostomie.

Les autres moyens employés pour rétablir la perméabilité des voies lacrymales, traitement par sondes et stricturotomie, tout en pouvant constituer le début du traitement, aboutissent souvent à l'échec, et lassent rapidement à la fois le malade et le médecin. C'est alors que la Dacryocystorhinostomie plastique est l'opération de choix, opération conservatrice, rétablissant de façon durable la communication lacrymo-nasale et un écoulement physiologique de la sécrétion lacrymale.

CHAPITRE III

CAUSES D'ÉCHECS

Il nous a semblé intéressant d'étudier les quelques cas d'échec, soit partiel, soit complet, que nous avons pu relever, afin d'en tirer quelques remarques dignes de servir d'enseignement.

En ce qui concerne les échecs partiels, dans l'observation suivante l'incision cutanée a été suivie de fistule pendant plus de deux ans.

OBSERVATION 177. — P... Ernest, 32 ans.

25 mai 1925. *Mucocèle lacrymal gauche* datant de 1912.

26 mai 1925. *Dacryocystorhinostomie O. G.*

30 mai 1925. Ablation des fils. Bon état de l'incision

31 mai 1925. Disjonction des lèvres de la plaie.

28 décembre 1927. La plaie suppure depuis l'opération, mais depuis 4 jours la suppuration est plus abondante. Désunion des lèvres. Lavage au sérum. Sulfate de zinc et mèche.

8 janvier 1928. Il persiste une fistule avec issue de pus au niveau de la partie supérieure de l'incision.

L'injection par la fistule donne lieu à reflux par le point lacrymal inférieur. Débridement du canalicule inférieur. La sonde ne passe pas dans la cavité nasale.

1^{er} février 1928. La fistule est fermée. Il persiste un peu de suppuration dans le sac dont on fait un lavage ; injection de sulfate de zinc au 1/40.

21 janvier 1929. Perméabilité faible. Larmolement persiste, atténué. Cicatrice peu visible.

Il est à présumer que dans le cas précédent, il y a eu, pour une cause fortuite, désunion des lèvres de l'incision et infection de celle-ci, par suite probablement de manque de soins et d'asepsie de la part du malade.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que les sténoses lacrymales d'origine muqueuse, par ozène ou lupus, pouvaient être guéries par la Dacryocystorhinostomie plastique. Néanmoins, nous avons trouvé, dans les 11 cas de résultat incomplet que nous avons relevé, un cas de lupus nasal et un cas d'ozène. Il y a tout lieu de penser, que ces affections, par les lésions de dégénérescence de la muqueuse nasale et des voies lacrymales qu'elles déterminent, ont en partie été la cause probable de ces insuccès.

OBSERVATION 79. — C... Victor, 45 ans.

4 novembre 1923. *Dacryocystite chronique O. D.* d'origine tuberculeuse probable avec poussée aiguë ; adénopathie pré-targienne. *Lupus nasal*. Voies lacrymales imperméables.

Incision du point lacrymal inférieur.

13 novembre 1923. *Dacryocystorhinostomie plastique O. D.* (Technique Dupuy-Dutemps.) Le sac lacrymal présente une surface fongueuse et est de petite dimension. Deux points de suture sur les lèvres antérieures et sur les lèvres postérieures. Durée : 35 minutes.

19 novembre 1923. L'injection passe largement.

17 décembre 1923. L'injection ne passe pas.

14 janvier 1924. L'injection passe.

11 février 1925. L'injection ne passe pas, ni la sonde.

5 mai 1926. Pas de perméabilité.

20 janvier 1929. Le malade est décédé. D'après sa femme, le larmolement persistait, intermittent.

Dans ce cas, on voit que le sac présentait des lésions tuberculeuses probables et la muqueuse nasale des lésions lupiques. La perméabilité d'abord existante, n'a persisté que de façon inconstante.

OBSERVATION 41. — B... Marie, 54 ans.

12 juillet 1926. Début du larmolement il y a 30 ans. Soignée pour ozène. En mai 1926, *abcès lacrymal* douloureux avec ouverture à la peau.

17 juillet 1926. *Dacryocystorhinostomie O. G.* (Technique Dupuy-Dutemps et Bourguet.) Opération régulière. Durée : 35 minutes.

19 juillet 1926. Ablation des fils.

21 juillet 1926. L'injection passe bien.

28 juillet 1926. L'injection reflue en totalité par le point lacrymal supérieur.

14 janvier 1929. Perméabilité à l'argyrol faible. Larmolement intermittent.

Ces cas de lupus nasal et d'ozène que nous relevons ont pu être en réalité plus fréquents et seul un examen rhinologique aurait pu les déceler. Dans ces cas, la dacryocystorhinostomie plastique pourra être pratiquée, mais, croyons-nous, avec quelque réserve sur le résultat de l'opération. Dans l'observation suivante, la coexistence d'une ethmoïdite antérieure semble expliquer le résultat incomplet.

OBSERVATION 130. — H... Rose, 50 ans.

10 août 1925. *Larmolement O. D.* Débridement du point lacrymal inférieur.

18 août 1925. *Dacryocystorhinostomie plastique O. D.* (Technique Dupuy-Dutemps et Bourguet.)

Une cellule ethmoïdale très antérieure est ouverte et laisse échapper du pus. Deux points de suture postérieurs et antérieurs.

21 août 1925. Ablation des fils. Coaptation normale.

25 août 1925. Le larmolement a diminué.

17 janvier 1929. Perméabilité faible ; le larmolement existe encore, intermittent. Cicatrice non apparente.

Cette observation, associée à celle publiée plus loin relative à un cas d'échec complet avec ethmoïdite, semble montrer que l'existence d'ethmoïdite antérieure est une cause d'infection locale, et parfois de mauvais résultat opératoire. Les autres cas d'échec partiel que nous avons relevés, relatifs à des dacryocystites chroniques, montrent qu'en général, il y avait, soit un sac petit, à parois modifiées, épaissies, rendant malaisées les

sutures muqueuses, soit un sac englobé dans du tissu fibreux, résultant probablement de poussées de périocystite antérieure ; il y eut une fois une légère suppuration de l'incision cutanée après l'opération due probablement au manque de soins de la part du malade.

Enfin, trois fois on ne trouve aucune raison à l'échec partiel. Peut-être un examen rhinologique aurait-il montré quelque lésion nasale cause de ces insuccès.

Les trois cas d'échec complet que nous avons relevés sont relatifs, l'un à une ethmoïdite concomittante, le second à une infection opératoire ; pour le troisième nous n'avons pas trouvé de cause apparente à l'échec.

OBSERVATION 199. — T... Etienne, 42 ans.

Dacryocystite ancienne avec reflux purulent.

21 juin 1927. *Dacryocystorhinostomie plastique O. G.* Opération régulière.

Nous n'avons pu retrouver les suites opératoires ; mais le malade n'a jamais cessé de larmoyer, la perméabilité à l'argyrol est nulle. Il nous a révélé qu'il était, déjà avant l'opération, atteint de sinusite fronto-ethmoïdale du même côté, sinusite existant encore à l'heure actuelle et la pression sur la région du sac ramène un liquide muco-purulent. Ce dernier cas montre que l'ethmoïdite a été probablement la cause de l'échec, par infection opératoire, mauvais état des muqueuses ; à l'heure actuelle il semble encore persister une communication entre le sac et les cellules ethmoïdales infectées. Nous voyons donc, en rapprochant ce cas de celui publié plus haut, qu'il semble y avoir une possibilité plus grande d'insuccès de la dacryocystorhinostomie en cas d'ethmoïdite antérieure.

La deuxième observation d'échec complet est relative à un cas d'infection locale opératoire qui semble fortuite.

OBSERVATION 91. — D... Zélie, 52 ans.

20 mai 1926. *Larmolement O. G.* depuis 12 ans ; a été traitée par sondes. Reflux complet de l'injection. Débridement du canalicule. Stricturotomie. Sonde n° 11.

2 juin 1926. L'injection ne passe pas. Rétrécissement au niveau du canal osseux.

20 janvier 1927. *Dacryocystorhinostomie O. G.*

Sac lacrymal irrégulier, peu dilaté. Trois sutures postérieures et antérieures. Durée 45 minutes

24 janvier 1927. — Poussée de péri-cystite. Issue d'une goutte de pus par la plaie. Pas d'adénite préauriculaire, ni sous-maxillaire.

21 février 1927. Orgelet de la paupière inférieure en voie de guérison.

26 septembre 1927. Orgelet de la paupière inférieure. L'injection ne passe pas.

31 janvier 1928. Reste sujette à des furoncles du nez.

24 décembre 1928. Orgelet paupière supérieure O. G.

13 janvier 1929. Perméabilité nulle. Larmolement persiste toujours. Orgelets et furoncles de la face à répétition.

La malade a subi divers traitements contre ses furoncles sans résultats.

Dans cette observation, la cause de l'échec semble avoir été dans l'infection locale opératoire ou post-opératoire, infection staphylococcique rebelle et persistante malgré les traitements, due à une cause fortuite.

Le troisième cas d'échec complet ne nous apporte rien sur la cause possible de l'échec, quoique la malade avoue avoir été soignée pour le nez il y a longtemps, respirant mal depuis longtemps du côté opéré. L'âge de la malade et l'éloignement de tout centre hospitalier n'ont pas permis de faire un examen plus complet.

De l'observation des causes diverses d'échecs incomplets ou complets de la dacryocystorhinostomie plastique, il résulte que ceux-ci en général proviennent soit du sac lacrymal même, atteint de lésions de ses parois ou de sa muqueuse, ou atrophié, soit de l'état de la muqueuse nasale : lésions de lupus ou d'ozène, sinusite ethmoïdale antérieure, etc.

De ceci, il ressort l'utilité de s'assurer, avant l'opération, de l'intégrité relative du sac lacrymal, et de l'absence de lésions nasales : peut-être ainsi pourra-t-on encore augmenter les chances de succès de la Dacryocystorhinostomie plastique.

CONCLUSIONS

1. Les résultats que nous avons exposés de 179 opérations de Dacryocystorhinostomie plastique, selon le procédé de MM. Dupuy-Dutemps et Bourguet, la plupart déjà anciennes, montrent que cette opération a donné environ 92 % de succès, 6 % de succès partiel et 2 % d'échec.

2. La plupart des sténoses lacrymales siégeant en aval du sac, après échec du traitement par sondes ou stricturotomie, ont été justiciables de la Dacryocystorhinostomie plastique, qui a rétabli de façon durable la perméabilité lacrymo-nasale, qu'il y ait eu existence ou non de dacryocystite suppurée : larmolements simples, dacryocystites chroniques, atrésies d'origine osseuse, traumatique ou inflammatoire, lupiques, etc...

3. La Dacryocystorhinostomie plastique peut remplacer l'ablation du sac lacrymal, opération mutilante, en cas de lésions inflammatoires de la cornée et dans les opérations sur le globe oculaire.

4. Des principales causes d'échec que nous avons essayé de dégager, il ressort que celles-ci tiennent, soit à l'état du sac

lacrymal, modifié dans sa structure ou atrésié, soit à l'état de la cavité nasale : ethmoïdite antérieure, lésions lupiques, etc.

5. Un examen préalable du sac lacrymal et des fosses nasales semble donc de bonne précaution avant l'opération et pourrait encore améliorer les résultats de la Dacryocystorhinostomie plastique.

Vu : *le Doyen,*

M. ROGER,

Vu : *le Président,*

F. FERRIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- DE AMEIDA. — Dacryocystorhinostomies. *Revue d'oto-neuro-oculistique*, 1925 p. 656.
- AUBARET. — Variétés anatomo-cliniques des Rhinostomies lacrymales. *Bulletin de la Société française d'Ophtalmologie*, 1927.
- BOLLACK (J.). — Sur l'exploration radiographique des voies lacrymales par l'huile iodée. *Annales d'Oculistique*, mai 1924, p. 321.
- DINULESCO. — Traitement de la dacryocystite purulente chronique et du larmolement par la Dacryocystorhinostomie plastique (Procédé de Dupuy-Dutemps et Bourguet). Société Roumaine d'Ophtalmologie de Bucarest, mai 1925. *Annales d'Oculistique*, 1926, p. 848.)
- DINULESCO. — Un cas de dacryocystite suppurée opérée par le procédé de Dupuy-Dutemps et Bourguet) Société Roumaine d'Ophtalmologie de Bucarest. Novembre 1925. *Annales d'Oculistique*, 1927, p. 221.
- DUPUY-DUTEMPS et BOURGUET. — Note préliminaire sur un procédé de Dacryocystorhinostomie. Société d'Ophtalmologie de Paris, séance du 19 juin 1920. *Annales d'Oculistique*, 1920, p. 445.
- DUPUY-DUTEMPS et BOURGUET. — Procédé plastique de Dacryocystorhinostomie et ses résultats. *Annales d'Oculistique*, avril 1921.
- DUPUY-DUTEMPS. — Statistique de 115 cas de Dacryocystorhinostomie plastique. Congrès de la Société française d'ophtalmologie, mai 1922. *Annales d'Oculistique*, 1922, p. 557.
- DUPUY-DUTEMPS. — Statistique de 299 cas de Dacryocystorhinostomie plastique Congrès de la Société française d'Ophtalmologie, mai 1924. *Annales d'Oculistique*, 1924, p. 448.
- DUVERGER. — Remarques sur la technique de la Dacryocystorhinostomie. Congrès de la Société française d'Ophtalmologie, mai 1924. *Annales d'Oculistique*, p. 449.
- HUSSON et JEANDELIZE. — Notes sur la Dacryocystorhinostomie plastique et résultats. Congrès de la Société française d'Ophtalmologie, juin 1923.
- HUSSON et JEANDELIZE. — A propos de la Dacryocystorhinostomie. Société française d'ophtalmologie, mai 1924.
- VAN LINT. — Dacryocystites guéries par l'opération de Dupuy-Dutemps et Bourguet. *Clinique Ophtalmologique*, 1923.
- LÆBEL. — Un cas de dacryocystite opérée par le procédé de Dupuy-Dutemps. Société roumaine d'ophtalmologie de Bucarest, janvier 1926. *Annales d'Oculistique*, 1927, p. 703.
- MICHAÏL M. — Considérations sur 7 cas de dacryocystites chroniques guéris par la Dacryocystorhinostomie de Dupuy-Dutemps. Société roumaine d'Ophtalmologie de Bucarest. Mai 1923. *Annales d'Oculistique*, 1924, p. 550.
- MORAX V. et VALIÈRE-VIALEIX. — Reconstitution des voies lacrymales par des greffes dermo-épidermiques. *Annales d'Oculistique*, mars 1925, p. 160.
- QUENTIN. — Un cas de dacryocystite aiguë guérie par la Dacryocystorhinostomie de Dupuy-Dutemps et Bourguet. *Mémoire à la Société d'Ophtalmologie de Paris*, 1925.

- SUTY. — Des traitements chirurgicaux de la Dacryocystite chronique et en particulier de la Dacryocystorhinostomie plastique de Dupuy-Dutemps et Bourguet.
Thèse, Nancy, 1925. Vagner, éditeur.
- TERRIEN F. — *Chirurgie de l'œil et de ses annexes*. Masson édit., Paris 1927, p. 454.
- TJANIDÈS. — A propos de la Dacryocystorhinostomie par le procédé de Dupuy-Dutemps et Bourguet. *Annales d'Oculistique*, 1923.
- ZENATTI. — La dacryocystorhinostomie plastique de MM. Dupuy-Dutemps et Bourguet.
Thèse Paris, 1923, Jouve éditeur.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE I. — Résultats d'ensemble.....	7
CHAPITRE II. — Quelques observations typiques	10
CHAPITRE III. — Causes d'échecs	20
CONCLUSIONS.	26
BIBLIOGRAPHIE.	28

